

Su iniziativa del Comune di Satriano, con la collaborazione dei medici di base, infermieri volontari, Edelweiss-Protezione Civile, Acli Politeia, Misericordia.

MODULO CONSENSO INFORMATO TEST SCREENING COVID-19

IL SOTTOSCRITTO

NOME _____ **COGNOME** _____

DATA DI NASCITA _____ **LUOGO DI NASCITA** _____

TELEFONO _____ **CODICE FISCALE** _____

MEDICO CURANTE _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

- di essere stato/a informato/a che nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi volte alla ricerca dell'infezione da SARS-CoV-2 e che i relativi risultati sono soggetti a particolari misure di tutela della riservatezza;
- di essere stato/a informato/a che gli obiettivi da perseguire sono:
 - caratterizzare lo stato sierologico di cittadini asintomatici, favorendo al contempo la comprensione della circolazione virale a livello territoriale e nei vari settori;
 - rilevare l'eventuale esistenza di portatori del virus nei soggetti positivi per la ricerca dell'antigene, a tutela della restante popolazione;
 - di essere a conoscenza dell'uso sperimentale del kit di test rapido e del tasso di incertezza inevitabilmente legato all'utilizzo della metodica, per cui in caso di positività, il risultato dovrà essere confermato da indagini successive;
- di essere stato/a informato/a che l'accertamento dell'eventuale infezione in atto richiede l'esecuzione di tampone molecolare che sarà eseguito successivamente in caso di positività del test di screening;
- di essere stato/a informato/a che i risultati del test saranno riservati e resi noti, oltre che al diretto interessato, esclusivamente al Dipartimento di Prevenzione ASP competente e al proprio Medico Curante;
- di essere stato/a informato/a che in caso di accertata positività al presente test, il Dipartimento di Prevenzione ASP Catanzaro attiverà un provvedimento di isolamento domiciliare e sorveglianza sanitaria di almeno 14 (quattordici) giorni. Vi sarà l'obbligo, dunque, di permanere presso il proprio domicilio sino a tale termine, o sino ad acquisizione di esito negativo successivo all'esecuzione di un tampone molecolare per la ricerca dell'infezione da SARS-CoV-2.

Satriano li _____

Firma

*I dati saranno trattati con liceità e massima riservatezza. Le risultanze degli esami saranno comunicati esclusivamente agli interessati entro un minimo arco temporale. Non si richiede il consenso al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 9 paragrafo 2 lettera h) e paragrafo 3 del GDPR (UE 2016/679). In ogni momento l'interessato potrà richiedere, al Titolare dei dati del Comune di Satriano (Sindaco pro-tempore) l'esercizio degli artt.14-15-16-17-18-19-20-21 del suddetto GDPR. Firma per accettazione.

Satriano li _____

Firma

RICEVUTA ESITO TAMPONE RAPIDO

DATA = _____

NOME = _____

COGNOME = _____

ESITO TAMPONE RAPIDO= _____